

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Bluffton Okatie Counseling Center

INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO PARA TRATAR Y NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RELACIÓN CLIENTE / TERAPEUTA: Usted y su terapeuta tienen una relación profesional que existe exclusivamente para el tratamiento terapéutico. Esta relación funciona de manera más efectiva cuando es estrictamente profesional e involucra solo el aspecto terapéutico. Su terapeuta puede satisfacer mejor sus necesidades al centrarse únicamente en la terapia y evitar cualquier tipo de relación social o comercial.

SERVICIOS DISPONIBLES: Bluffton Okatie Counseling Center, LLC ofrece una amplia selección de servicios de asesoramiento, que incluyen servicios individuales, familiares, para parejas y grupales. Contamos con profesionales capacitados y con experiencia en salud mental con licencia. La psicoterapia efectiva se basa en el entendimiento mutuo y la buena relación entre el cliente y el terapeuta. Nuestra intención es transmitir las políticas y procedimientos utilizados en nuestra práctica, y estaremos encantados de discutir cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El asesoramiento y la psicoterapia son beneficiosos, pero al igual que con cualquier tratamiento, existen riesgos inherentes. Durante la terapia, tendrá discusiones sobre problemas personales que pueden sacar a la superficie emociones incómodas como la ira, la culpa y la tristeza. Los beneficios de terapia pueden superar con creces cualquier incomodidad encontrada durante el proceso. Algunos de los posibles beneficios son mejoramiento de relaciones personales, la reducción de los sentimientos de angustia emocional y la resolución de problemas específicos. No podemos garantizar estos beneficios, por supuesto. Sin embargo, nuestro deseo es trabajar con usted para alcanzar sus objetivos personales de asesoramiento y / o psicoterapia.

PSICOTERAPIA: Brindamos asesoramiento diseñado para abordar muchos de los problemas con los que se enfrentan nuestros clientes. Su primera visita será una sesión de evaluación en la que usted y su terapeuta determinarán sus inquietudes y, si ambos aceptan que podemos satisfacer sus necesidades terapéuticas, se desarrollará un plan de tratamiento.

El objetivo de Bluffton Okatie Counseling Center, LLC es proporcionar la experiencia terapéutica más efectiva disponible para usted. Si en algún momento siente que usted y su terapeuta actual no encajan bien, discuta este asunto con su terapeuta para determinar si la transferencia a un terapeuta más adecuado es lo adecuado para usted. Si usted y su terapeuta deciden que otros servicios serían más apropiados, lo ayudaremos a encontrar un proveedor que satisfaga sus necesidades.

DERECHOS DEL CLIENTE: La política de Bluffton Okatie Counseling Center, LLC es que todas las personas que buscan y / o reciben servicios de cualquiera de nuestros programas recibirán servicios eficaces y eficientes. Como persona que recibe servicios en nuestras oficinas, usted tiene los siguientes derechos:

- A ser tratado con consideración, respeto y dignidad humana;
- A recibir un tratamiento de calidad sin importar la raza, religión, sexo, edad, origen étnico, discapacidad mental o física;
- A recibir confidencialidad y protección contra cualquier divulgación injustificada con respecto a su tratamiento;
- A participar en la planificación de su tratamiento y estar informado sobre su proceso de tratamiento;
- A estar involucrado en sus planes de alta y planificación de cuidados posteriores;

- A rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y ser informado de las posibles consecuencias de sus acciones;
- A poder esperar la continuidad de la atención de un servicio a otro, en caso de que necesite otro servicio;
- A examinar y recibir una explicación sobre la factura por sus servicios;
- A programar una cita con su consejero para revisar su registro y recibir cualquier explicación necesaria sobre los contenidos

CITAS: Por lo general, las citas se programan semanalmente y duran aproximadamente entre 50 y 60 minutos. Se encuentran disponibles sesiones más frecuentes o un horario ambulatorio intensivo si su terapeuta lo determina apropiado. Si debe cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que llame a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación, siempre que sea posible. Esto liberará su tiempo de cita para otro cliente.

FONDO DE PAGO / SEGURO: El pago de las tarifas, incluidos los copagos requeridos, se espera al momento de cada cita. Solicitamos que el pago se realice antes de que comience su sesión. Si está utilizando beneficios de seguro, presentaremos reclamaciones de seguro por usted y cumpliremos cualquier acuerdo contractual con compañías de atención médica administrada que tengan restricciones de reembolso y requisitos de reclamación específicos. Si no está utilizando un plan de seguro de atención administrada / PPO / HMO y desea presentar su propio reclamo, esperamos el pago completo en el momento del servicio y le proporcionaremos una declaración de los servicios prestados.

EMERGENCIAS: Puede encontrarse con una emergencia personal que requerirá atención inmediata. En este caso, comuníquese con nuestra oficina sobre la naturaleza y urgencia de las circunstancias. Haremos todo lo posible para programarlo lo antes posible u ofrecerle otras opciones. Debido a que los clientes pueden ser programados en forma consecutiva, no siempre es posible devolver una llamada inmediatamente. Sin embargo, haremos todo lo posible para responder a su emergencia de manera oportuna. Si surge una emergencia fuera del horario de atención o en un fin de semana, llame al 843-636-5017 y su llamada será atendida por el terapeuta de guardia. Si tiene una emergencia que pone en peligro su vida, llame al 911 o pídale a alguien que lo lleve a la sala de emergencias más cercana para obtener ayuda. Cuando su terapeuta esté fuera de la ciudad, se le informará y se le dará el nombre de un terapeuta de guardia.

CONFIDENCIALIDAD: Bluffton Okatie Counseling Center, LLC cumple con todas las normas éticas prescritas por las leyes estatales y federales, incluida la Ley de Responsabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPPA"). Las pautas de práctica y los estándares de atención nos exigen que mantengamos registros de su asesoramiento. Estos registros son confidenciales con las excepciones que se indican a continuación.

Las discusiones entre un terapeuta y un cliente son confidenciales. No se divulgará ninguna información sin el consentimiento por escrito del cliente, a menos que así lo exija la ley. Las posibles excepciones a la confidencialidad incluyen, entre otras, las siguientes situaciones: abuso infantil; abuso de los ancianos o discapacitados; abuso de pacientes en instalaciones de salud mental; explotación sexual; Infección por SIDA / VIH y posible transmisión; procesos penales; casos de custodia de menores; trajes en los que se discute la salud mental del cliente; situaciones en las que el terapeuta tiene el deber de divulgar, o cuando, a juicio del terapeuta, es necesario advertir o divulgar; disputas de honorarios entre el terapeuta y el cliente; una demanda por negligencia presentada por el cliente contra el terapeuta; o la presentación de una queja ante la junta de certificación o certificación. Si tiene alguna pregunta con respecto a la confidencialidad, debe llamar la atención del terapeuta cuando usted y el terapeuta discutan este asunto más a fondo. Al firmar este Formulario de información y consentimiento, usted da su consentimiento al terapeuta abajo firmante para que comparta la información confidencial con todas las personas exigidas por la ley y con la agencia que lo refirió a usted y a la compañía de seguros responsable de proporcionar sus servicios de atención de salud mental y el pago de dichos servicios. , y también está liberando e inofensivo al terapeuta suscrito de cualquier desviación de su derecho de confidencialidad que pueda resultar.

DEBER DE ADVERTENCIA / DEBER DE PROTEGER: Si mi terapeuta cree que yo (o mi hijo si el niño es el cliente) corro peligro físico o emocional para mí o para otro ser humano, por la presente doy mi consentimiento para que mi terapeuta se ponga en contacto con cualquier persona que esté en posición de prevenir daños. para mí u otro, incluyendo, pero no limitado a, la persona en peligro. También doy mi

consentimiento para que mi terapeuta se ponga en contacto con la siguiente persona, la persona nombrada como contacto de emergencia en el formulario de Información para Nuevos Clientes, además de cualquier personal médico o de aplicación de la ley que considere apropiado:

INCAPACIDAD O MUERTE: Entiendo que, en caso de fallecimiento o incapacidad del terapeuta abajo firmante, será necesario asignar mi caso a otro terapeuta y que ese terapeuta tenga posesión de mis registros de tratamiento. Con mi firma en este formulario, por la presente autorizo a otro profesional de salud mental con licencia, seleccionado por el terapeuta abajo firmante, para que tome posesión de mis registros y me proporcione copias a mi solicitud y / o que entregue esos registros a otro terapeuta de mi elección.

POLÍTICA DE GRABACIÓN: Es la política del Bluffton Okatie Counseling Center. LLC no permite la grabación de audio o video en ninguna parte de nuestras instalaciones para proteger su privacidad y la privacidad de otros.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Al firmar este formulario de información y consentimiento del cliente como cliente o tutor de dicho cliente, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos y condiciones contenidos en este formulario. Se me ha brindado la oportunidad adecuada de abordar cualquier pregunta o solicitar una aclaración para cualquier cosa que no esté clara para mí. Estoy aceptando voluntariamente recibir una evaluación, tratamiento y servicios de salud mental para mí (o para mi hijo si dicho niño es el cliente), y entiendo que puedo suspender dicho tratamiento o servicios en cualquier momento. NOTA: Si está dando su consentimiento para el tratamiento de un menor de edad, si se ha emitido una orden judicial con respecto a la tutela de dicho niño o si afecta sus derechos con respecto al consentimiento para la atención y el tratamiento de la salud mental del niño, Bluffton Okatie Counseling Center, LLC no prestará servicios a su hijo hasta que el terapeuta haya recibido y revisado una copia de la orden judicial más reciente.

Firma Autorizada: _____ Fecha:

Relación con el cliente:

Yo

Otro: _____